

Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Sección Departamental de Enfermería



TRABAJO FIN DE GRADO

Cuidados enfermeros ante la aparición de la patología dual: esquizofrenia-adicción a anfetaminas/cocaína.

- REVISIÓN NARRATIVA -

Autora: Dña. Irene Gil Moreno.

Tutora: Dña. María Luisa Cid Galán.

Mayo 2017

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Historia de las drogas.	1
1.2 Epidemiología.	2
1.3 Definición de droga y su clasificación.	5
1.4 Consumo de drogas: tolerancia, dependencia y adicción.	7
1.5 Esquizofrenia.....	10
1.6 Bases psicosociales de las adicciones y la patología dual.	13
2. OBJETIVOS.....	15
3. METODOLOGÍA.....	16
4. RESULTADOS.....	20
4.1 Factores de riesgo para la aparición de una adicción y el desarrollo de una esquizofrenia.	20
4.2 Etiquetas diagnosticas enfermeras que se observan en una persona y familia con un diagnóstico dual psiquiátrico.	21
4.3 Intervenciones y actividades enfermeras en personas con adicciones y problemas de salud mental.	26
5. CONCLUSIONES.....	29
6. LIMITACIONES DE LA REVISIÓN NARRATIVA.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33

RESUMEN.

Introducción: La asociación de los trastornos de abuso de sustancias con la esquizofrenia es un problema prevalente y con graves consecuencias para el paciente, su entorno y la sociedad.

Objetivo: el objetivo de esta revisión es conocer los cuidados enfermeros ante la aparición de la patología dual (esquizofrenia y adicción a anfetaminas/cocaína).

Metodología: Se realizó una revisión narrativa relacionada con la patología dual y los cuidados enfermeros, analizando los artículos científicos publicados en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scielo, y COCHRANE, y otras fuentes (Google Scholar y la Sociedad Española de Patología Dual) desde el año 2006. De 510 artículos encontrados, se destinaron 30 al análisis. **Resultados:** Se han encontrado las diferentes categorizaciones: factores de riesgo para la aparición de la patología dual, etiquetas diagnósticas de enfermería asociados a la esquizofrenia dual, y las intervenciones de enfermería más prevalentes para dicho trastorno. Así mismo, encontramos que la mayor parte de las intervenciones enfermeras encontradas, van a ser psicosociales y conductuales. **Conclusiones:** Se concluye que es necesaria una calidad mayor en la investigación en cuanto al tratamiento integrado y práctica basada en la evidencia, para así mejorar en el abordaje enfermero de la patología dual.

Palabras clave: patología dual, esquizofrenia, anfetaminas, cocaína, enfermería, atención de enfermería

ABSTRACT.

Introduction: The association of substance abuse disorders with the schizophrenia, is a prevalent problem and with serious consequences for the patient, environment and society. **Objective:** The aim of this review is to know the nursing care due to a dual diagnosis (schizophrenia and adicción to cocaine/amphetamines). **Methodology:** A narrative review has been done related to dual diagnosis and nursing care, examining critically the scientific articles published in the databases PubMed, CINAHL, Scielo, and COCHRANE, and other sources (Google Scholar and the Spanish Society of Dual Pathology) from the year 2006. Of 510 opposing articles, 30 were destined to the analysis. **Results:** we have found the different categorizations: risk factors for the appearance of the dual pathology, nursing diagnostic labels associated with dual diagnosis, and most prevalent nursing interventions for such disorder. Likewise, we find that most nursing interventions, were psychosocial and behavioral. **Conclusions:** We concludes that further and better quality research concerning integrated treatment and evidence based practice is needed to improve nursing approach of dual diagnosis.

Key Words: dual diagnosis, schizophrenia, amphetamines, cocaine, nursing, nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Historia de las drogas

El hombre ha tenido, desde el principio de los tiempos, la costumbre de consumir sustancias que alteran el funcionamiento de la mente. Sus usos han sido variados, desde sacramentales o mágico-religiosos, festivo, como fuente de evasión, como forma de placer, o con fines médico-terapéuticos. Es por ello que la historia de las drogas no puede separarse de la historia de la humanidad.

Probablemente, el alcohol sea la más antigua de todas las sustancias utilizadas. Usada desde el año 5000 a.C, con referencias en la biblia, y por numerosas civilizaciones antiguas (egipcios, persas, griegos, romanos o visigodos), sobre todo las bebidas fermentadas como la cerveza el vino o la sidra. El consumo de alcohol no se consideró un problema médico hasta mediados del siglo XVII, y no se consolidó como tal hasta el siglo XIX, después de la segunda guerra mundial.

También hay referencias del uso del Opio desde el 5000 a.C. A parte de ser utilizada como alimento, forraje y aceite, sus funciones psicotrópicas ya eran conocidas en 3.000 a.C. Desde Oriente Medio, se extendió hacia la India, en el siglo IX hasta China y en el XVI a Europa occidental. Pero hasta finales del siglo XIX su consumo no constituyó un verdadero problema sanitario en Occidente, cuando su consumo recreativo y el creciente número de casos de adicción dieron la alarma social.

La planta del cánnabis, originaria de Asia Central, ha sido cultivada desde hace unos 10.000 años. Aunque fue empleado como fuente de fibras textiles desde el 4000 a.C, sus propiedades alucinógenas fueron descubiertas en oriente alrededor del año 3000 a.C.

Su uso era también conocido en la Europa Medieval, y en el siglo XIX fue usada de forma recreativa y medicinal. El problema del abuso de cánnabis fue minoritario hasta que la cultura hippie y de músicas rock y reggae popularizaron su uso en los años 60.

La experiencia humana con el arbusto de la coca tiene como mínimo cinco milenios de antigüedad. Usada por los Incas como analgésico y energizante en virtud de la fatiga causada por la altura. También por sus efectos psicotrópicos, pero con estrictas limitaciones de clase social. Su fase de expansión Europea fue a partir de 1980, aunque llegó con más retraso a España.¹

Una de las drogas de historia más reciente es la de las drogas de síntesis que comienza en los años 60. Cada vez encontramos un número mayor de estas nuevas drogas, haciendo muy difícil el control de su comercio y expansión de su consumo.^{2,3}

La anfetamina se preparó por primera vez en 1887 en Alemania y la metanfetamina se desarrolló en Japón en 1919. El consumo de la metanfetamina empezó a generalizarse durante la Segunda Guerra Mundial, y en la década de 1950, se recetaba como auxiliar dietético y para combatir la depresión. Esta situación empeoró en la década de los 60, haciéndose más popular su uso inyectable, propiciando su posterior ilegalización.²

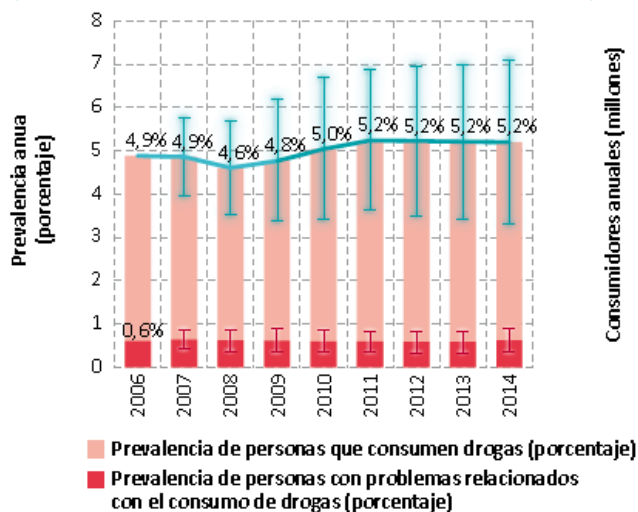
La inhalación de vapores de productos químicos como incienso, aceites, resinas, especias y perfumes, data de los tiempos antiguos en Egipto, Babilonia, India y China. El uso de anestésicos inhalados de forma recreativa se extendió a lo largo de todo el siglo XIX por Europa y Estados Unidos. Recientemente, inhalar pegamento y gas se ha convertido en un problema generalizado entre los niños sin hogar en el sur de Asia, México, Europa del Este, Kenia y otras áreas del mundo incluyendo nuestro país, para mitigar el dolor del hambre, el frío y la desesperación⁴.

El uso de las plantas alucinógenas como el beleño, la belladona, las daturas y la mandrágora se remonta a viejos testimonios del medio y extremo oriente, así como de la culruta Izapa de Guatemala y Perú. En Europa, estaban ligadas a contextos ceremoniales y terapéuticos. Actualmente estos alucinógenos sintéticos como el LSD, se siguen utilizando, y suelen estar vinculados a determinados grupos urbanos, como el movimiento new age y el rave.⁵

1.2 Epidemiología

Viendo la trayectoria histórica, no es por azar que hoy en día sea un problema de impacto mundial, que requiere intervenciones a todos los niveles. La OMS calcula que, en 2014, 1 de cada 20 adultos de entre 15 y 64 años ha consumido al menos una droga. Y que de los 250 millones de personas consumidoras de drogas, 29 millones sufrirán trastornos relacionados con ellas de los cuales sólo 1 de cada 6 recibirá tratamiento³. En la siguiente tabla, vemos como ha variado la prevalencia de consumo de drogas de 2006 a 2014³:

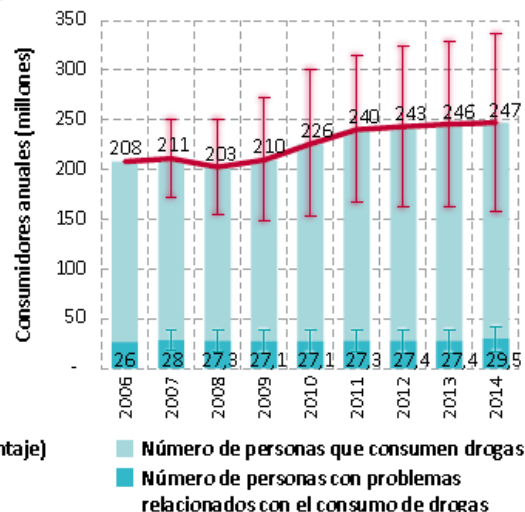
Tendencias mundiales de la prevalencia estimada del consumo de drogas, 2006-2014



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Porcentaje estimado de adultos (de 15 a 64 años) que consumieron drogas en el año anterior.

Tendencias mundiales del número estimado de personas que consumen drogas, 2006-2014



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Estimaciones correspondientes a adultos (15 a 64 años), basadas en el consumo en el año anterior.

Fuente: Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2016. OMS; 20165.

Aunque los datos de prevalencia nos dan mucha información, hay que tener en cuenta muchos factores y variables que perfilan el tipo de consumo y las características de los consumidores. Entre ellos, la edad, el sexo, y el nivel socioeconómico. Si diferenciamos por sustancia encontramos que:

- . El cannabis es la sustancia ilegal más consumida, y la que tiene consumidores más jóvenes, siendo su uso mayoritariamente experimental.
- . La cocaína ha visto aumentar su consumo global desde 2010, y presenta una población consumidora cada vez más envejecida. Se diferencian en esta sustancia dos tipos de consumidores según estén integrados (yuppies) o no (grupo vulnerable de exclusión social) en la sociedad de forma activa.
- . Las anfetaminas ocupan el segundo puesto en prevalencia mundial de consumo, aunque su tendencia es a estabilizarse. En Europa es destacable el consumo de MDMA (anfetamina sustituida o éxtasis) por encima del de otro tipo de anfetaminas.
- . Los opiáceos y la heroína son las sustancias más asociadas a consumo de riesgo, y las que más morbilidad producen, considerando su consumo abusivo como un problema de salud pública. Siendo, además, drogas menos prevalentes y de consumidores de más avanzada edad.

. También son de mencionar la la Ketamina, el GHB (ácido *gamma*-hidroxibutírico), y alucinógenos, que aunque de uso mucho más minoritario, debemos seguir teniéndolas en cuenta. Otro problema aun en desarrollo es el uso de nuevas sustancias, como son sobre todo los cannabioides sintéticos³.

A nivel nacional, según el informe EDADES de 2015, la sustancia ilegal más consumida en nuestro país es el cánnabis. La cocaína en polvo, la segunda sustancia ilegal más popular, ha ido experimentando un aumento progresivo de su consumo, hasta 2013. Al contrario, el éxtasis, las anfetaminas y los alucinógenos presentan una prevalencia minoritaria (menor al 5%).

Cabe destacar, además, el aumento del consumo de hipnóticos y sedantes en los últimos años.

^{6,7}Este patrón de consumo se repite en la comunidad de Madrid, donde las drogas más consumidas son el alcohol, el tabaco, el cánnabis y las anfetaminas⁴

En cuanto a la cocaína y las anfetaminas, que son las sustancias que vamos a analizar en esta revisión, vemos que según la encuesta de 2013 de la Comunidad de Madrid:

- El consumo de cocaína tanto experimental como en el último mes, ha aumentado con respecto a la encuesta de 2011.
- Al contrario que la cocaína, las anfetaminas y el sulfato de anfetamina o Speed, muestran una tendencia descendente en todo tipo de consumo⁴.

No debemos en olvidar en la epidemiología, el otro trastorno que vamos a valorar en esta revisión narrativa, la esquizofrenia.

Según la OMS, este trastorno afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres, los cuales desarrollan el trastorno a una edad más temprana. La prevalencia que encontramos de este trastorno es de 1 por cada 100 habitantes, con una incidencia de 1,9 casos por 10.000 habitantes cada año.^{8,9} Además, este trastorno aparece a una edad temprana y permanece de forma crónica⁹, asociándose en muchos casos, con adicción a algún tipo de sustancia, sobre todo a estimulantes (destacando entre ellos la cocaína y las anfetaminas) ya que, estos pacientes, tienen una mayor susceptibilidad a los mismos.

La prevalencia del consumo de cocaína en los pacientes con esquizofrenia varía entre el 22 y el 31%, aunque hay autores que la elevan al 50% por el crecimiento en los últimos años de su consumo. La prevalencia de consumo de anfetaminas varía desde el 30 al 65% según autores^{9,10}.

1.3 Definición de droga y su clasificación

Definición:

Tanto históricamente como actualmente, los usos y creencias a cerca de las drogas son múltiples, es por ello que, debemos definir qué entendemos exactamente por droga, y la connotación que le damos al término. Para ello, la RAE nos ofrece tres definiciones de droga:

- “Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”.
- “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”.
- “Actividad o afición obsesiva”.¹¹

La OMS da registro de la variedad de definiciones posibles de la palabra droga: En medicina se usa como “Toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos”, aunque, coloquialmente, se utiliza para hacer referencia a las sustancias psicoactivas, y más concretamente a las drogas ilegales”¹².

Sin embargo, el consumo indebido, adicción, y problemas físicos, mentales asociados a las mismas, ha hecho que se le dé a este término una connotación negativa y se le vincule de forma automática con la marginalidad y la drogodependencia^{12, 13}.

Clasificación:

El gran número de drogas disponibles, hace necesaria una clasificación de las mismas. Podemos clasificar las drogas de muchas maneras: según su estatus legal, su origen (naturales/sintéticas), según sus consecuencias para la salud (duras/blandas), pero quizá una de las formas de clasificación más integradas y utilizadas, sea según los efectos que estas causan en el sistema nervioso central (SNC): depresoras, estimulantes y perturbadoras¹⁴. Son numerosas las drogas, y cada una tiene sus características y su forma de afectar al organismo, que se resume en los siguientes cuadros:

☞ DROGAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

DROGA	POSIBLES EFECTOS	SINTOMATOLOGÍA DURANTE LA ABSTINENCIA
Estimulantes mayores: Cocaína y anfetaminas	Hiperactivación general, excitación, euforia, aumento del pulso y depresión cardiaca, insomnio, pérdida de apetito.	Apatía, largos periodos de sueño, irritabilidad, depresión, desorientación.
Estimulantes menores: nicotina y cafeína	Nicotina: Aumento de la tensión arterial, respiración y frecuencia cardiaca, náuseas y vómitos. Cafeína: Reducción de la motricidad fina, alteración del patrón del sueño, dolor de cabeza, nerviosismo, mareo	Irritabilidad, dificultad para prestar atención, perturbaciones en el sueño, aumento de apetito. (NIDA tabaco)

Fuente: Elaboración propia ^{14,15,16}

☞ DROGAS PERTURBADORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

DROGAS	POSIBLES EFECTOS	SINTOMATOLOGÍA DURANTE LA ABSTINENCIA
Derivados del cánnabis: hachís y marihuana	Euforia, desinhibición, aumento del apetito, conducta desorientada.	Insomnio, hiperactividad, disminución del apetito en ocasiones
Alucinógenos y drogas de diseño: éxtasis, MDMA, Speed.	Ilusiones y alucinaciones de percepción, alteración del tiempo y la distancia	No se conoce la existencia de síndrome de retirada.

Fuente: Fuente: principales problemas de salud mental en enfermería. Enfermería de Salud mental y Psiquiátrica II. Joana Fornés Vives, Juan gomez salgado. ¹⁴

DROGAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

DROGAS	POSIBLES EFECTOS	SINTOMATOLOGÍA DURANTE LA ABSTINENCIA
Opiáceos: heroína, morfina, metadona, codeína	Euforia, somnolencia, miosis, depresión respiratoria, náuseas.	Lagrimo, rinorrea, anorexia, irritabilidad, temblores, pánico, calambres musculares, escalofríos, sudores, náuseas.
Alcohol	Desinhibición, euforia, relajación, mayor sociabilidad, dificultad para hablar y asociar ideas, descoordinación, disminución de los reflejos.	Insomnio, sudoración, ansiedad, temblores, náuseas, diarrea, desequilibrio hidroelectrolítico, delirios, agitación, convulsiones.
Sedantes: barbitúricos y tranquilizantes	Verborrea, desorientación, sensación de borrachera	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio, convulsiones.
Inhalantes	Euforia, cefalea, náuseas, mareos, aceleración del latido cardíaco.	Insomnio, aumento del apetito, depresión, irritabilidad, dolores de cabeza.

Fuente: principales problemas de salud mental en enfermería. Enfermería de Salud mental y Psiquiátrica II. Joana Fornés Vives, Juan gomez salgado.¹⁴

1.4 Consumo de drogas: tolerancia, dependencia y adicción.

Aunque la drogodependencia y el problema de abuso es el “terminus” del consumo de sustancias psicoactivas, este no aparece de forma espontánea, sino que hay ciertos fenómenos que preceden y que ayudan a definir la drogadicción, estos son la tolerancia y la dependencia¹³:

Tolerancia:

“Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas”. Se diferencian, además, varios tipos de tolerancia:

- Metabólica: Al aumentar el metabolismo de la sustancia el organismo es capaz de eliminarla con mayor rapidez
- Funcional: Disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia.
- Conductual: cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno.^{13, 15}

Dependencia:

“Síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes “. También se define como la necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para sentirse bien o no sentirse mal. Esto implica una pérdida de control sobre el consumo de la sustancia, consumiéndose a pesar de sus consecuencias adversas. Integramos aquí la dependencia física que se produce a nivel del sistema nervioso central, y la dependencia psicológica asociada a la sensación de bienestar^{13,15}.

Estos dos conceptos unidos, llevan al usuario a un consumo de riesgo o “abuso” de la sustancia. El CIE-10 (clasificación internacional de las enfermedades), define el abuso de drogas como “Aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno”¹⁵.

Sin embargo, no debemos olvidar que ni el uso de estas sustancias, ni el abuso o consumo de riesgo tienen porque significar directamente adicción, y que sólo es esta última la que es considerada como un problema de salud mental. La adicción es por tanto la consecuencia principal del consumo de riesgo.

Adicción

Según la OMS, es un “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”¹².

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), añade en su definición de adicción a las drogas, que se trata de una enfermedad crónica y recurrente, que modifica la estructura y funcionamiento del cerebro. Estos cambios pueden perdurar en el tiempo, y puede llevar a comportamientos perjudiciales en las personas que abusan de ellas¹⁶. La American Psychological Association (APA), en su DSM-V (diagnósticos en salud mental V), nos desglosa los síntomas que han de estar presentes para que se dé el diagnóstico de adicción: Así dice que este tiene que estar “manifestado por al menos dos de los siguientes síntomas en un periodo de un año”:

- ⌘ La sustancia normalmente es consumida en grandes cantidades o durante un periodo más largo del intencionado.
- ⌘ Hay un deseo constante o un esfuerzo (no satisfecho) de dejar o controlar el consumo de la sustancia
- ⌘ Gran parte del tiempo es dedicado a actividades necesarias para la obtención de la sustancia, su uso, o la recuperación de los síntomas.
- ⌘ Fuerte deseo o necesidad de usar la sustancia (craving)
- ⌘ Uso recurrente de la sustancia que incapacita para llevar a cabo las obligaciones principales del rol en el trabajo, escuela u hogar.
- ⌘ Actividades sociales, laborales y recreativas son dejadas o reducidas a causa de la sustancia.
- ⌘ Uso continuado de la sustancia a pesar de que se hayan dado problemas sociales, o interpersonales causados o exacerbados por la sustancia.
- ⌘ Uso recurrente de la droga en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- ⌘ El uso de la sustancia es continuado a pesar de conocer los problemas recurrentes y persistentes, físicos y psicológicos que pueden ser causados o exacerbados por la sustancia.
- ⌘ Alguno de estos síntomas de tolerancia:
 - Necesidad de una cantidad significativamente mayor de la sustancia para alcanzar la intoxicación o los efectos deseados.
 - Efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
- ⌘ Algunos de estos síntomas de abstinencia:
 - Características del síndrome de abstinencia de la sustancia en concreto
 - La sustancia es consumida para evitar o atenuar el síndrome de abstinencia¹⁶.



Figura 1: Elaboración propia

Relacionando los tres conceptos vemos como, primeramente, el consumo repetido de la sustancia nos va a llevar a la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos (tolerancia). Así, los síntomas de abstinencia sean cada vez más marcados, y, por tanto, va comenzar un proceso de dependencia, consumiendo la sustancia para evitarlos. Esta dependencia deriva en una búsqueda compulsiva de la sustancia, un deseo irrefrenable de consumirla, pasando a considerarse adicción.

No solo los trastornos mentales influyen en el consumo de sustancias, sino que, inversamente, el consumo de sustancias tiene grandes efectos en la salud mental y sus trastornos, y más concretamente, en la esquizofrenia. Y es que, las personas que sufren problemas de adicción a las drogas, tienen el doble de posibilidades de sufrir trastornos en su estado de ánimo, altos niveles de ansiedad, o los síntomas de otra enfermedad mental¹⁷.

Por ello encontramos una tasa de comorbilidad de adicciones y esquizofrenia entre el 70 y el 80%, más del 60% en el caso del trastorno bipolar, 70% en trastornos de personalidad graves, cifras mayores al 30% en ansiedad, depresión y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad^{10,17}.

1.5 Esquizofrenia

Debido a su elevada comorbilidad con el abuso de sustancias, es la esquizofrenia el problema de salud mental que vamos a valorar en esta revisión.

Está definida como un trastorno psicótico que afecta a múltiples procesos psicológicos¹⁸ y que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios^{9,10}.

Los síntomas que se observan se dividen en positivos y negativos, presentándose normalmente, una mezcla de ambos, no teniendo porqué presentarse todos al mismo tiempo. ¹⁸:

Síntomas positivos: aquellos que conllevan conductas que realiza la persona con el trastorno que una persona sin él normalmente no realiza.

- Delirios: creencias falsas, en ocasiones extrañas, que el paciente mantiene persistentemente a pesar de la clara evidencia de que no son ciertas
- Trastornos del pensamiento: dificultad para pensar con claridad, que lleva a un lenguaje y comportamiento desorganizado.
- Alucinaciones: estas pueden ser auditivas, visuales, olfatorias, o “sentir una presencia”. Estas alucinaciones son totalmente reales para la persona que las padece, y pueden llevar a pensamientos persecutorios.

Síntomas negativos: son aquellas conductas que la persona que padece esquizofrenia deja de realizar, y que una persona que no la presenta hace normalmente.

- Inactividad, falta de energía o abulia.
- Afecto plano o inadecuado
- Pasividad/ pérdida de interés
- Falta de autocuidado.
- Dificultad para concentrarse¹⁸

Hay distintas variantes del trastorno de la esquizofrenia que, en el DSM-V, ya no se consideran como tipos, sino como especificadores que se determinan según el síntoma predominante en el momento de la evaluación¹⁹.

Tipo paranoide: Es el tipo más frecuente, caracterizado por ideas delirantes relativamente estables, acompañadas normalmente de alucinaciones, en especial auditivas y de otros trastornos de la percepción. Síntomas como el cambio en el afecto, voluntad, o lenguaje, pueden ser poco llamativos.

Tipo desorganizado hebefrénico: Presentación con importantes trastornos afectivos, en los que la afectividad superficial e inadecuada, con tendencia a permanecer solitarios. Existe una rápida aparición de síntomas negativos en especial el afecto plano y la abulia. Son frecuentes el comportamiento imprevisible e inadecuado. Las ideas delirantes y alucinaciones son transitorias y fragmentarias.

Tipo Indiferenciado: Diferentes trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de una esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los tipos, o presentan características de más de uno de ellos, sin predominio de uno en particular.

Tipo Residual: Es un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica. Este evoluciona y progresa desde estadios iniciales con uno o más episodios con síntomas psicóticos que satisfacen los criterios generales de la esquizofrenia, hacia estadios finales donde predominan los síntomas negativos y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles²⁰.

Áreas que se ven afectadas:

Son múltiples las esferas de la vida que va a ver alteradas una persona que padece algún problema de salud mental, y más concretamente esquizofrenia.

Intelectual y laboral: la persona va a tener problemas para llevar a cabo una buena labor en el trabajo o escuela, debido a la considerable discapacidad a la que se asocia y a los trastornos del pensamiento que provoca. Afectando así de forma directa al desempeño educativo y laboral^{9,18}.

Familiar: el entorno familiar se va a ver altamente modificado por la presencia de esta enfermedad en uno de sus miembros. Los cambios de comportamiento que sufre la persona, pueden alterar las relaciones, roles, dinámicas y rutinas de la vida familiar. Muchas veces los mismos miembros de la familia caen en el estigma de la enfermedad, pues los cambios son difíciles de entender y de manejar.

Social: Vamos a encontrar dificultades para mantener los amigos, o crear nuevas relaciones. No solo por la propia sintomatología del paciente que puede dificultarlo, sino también y sobre todo a la fuerte, discriminación, estigma, incomprensión e incluso violación de sus derechos humanos, con la que deben convivir los sujetos con este diagnóstico^{9,18}.

Autoestima y autopercepción: nos encontramos con sujetos que fácilmente van a sufrir una gran pérdida de confianza y sensación falta de control de sus vidas, formándose una visión innecesariamente pesimista del futuro. Esto les hace ser más vulnerables a desarrollar una depresión o a intentar suicidarse¹⁸.

Física: La esquizofrenia está asociada a diferentes enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas o infecciosas, haciendo que, las personas que la padecen tengan entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población⁹.

Autocuidado: asociado a los síntomas negativos, y a su falta de autoestima, es frecuente que las personas con esquizofrenia tengan dificultades para mantener un autocuidado adecuado.

Teniendo en cuenta la cantidad de áreas afectadas por la esquizofrenia, a la que se le añade un trastorno de abuso de sustancias, vemos la necesidad de una visión y un abordaje biopsicosocial.

A esta presentación conjunta de trastorno de consumo de sustancias y problema de salud mental, se la denomina patología dual o diagnóstico dual. Esa es una asociación o comorbilidad que se da con frecuencia y que como hemos visto, produce alteraciones en todas las esferas del individuo que la padece^{12,17}.

1.6 Bases psicosociales de las adicciones y la patología dual:

En la esquizofrenia, el principal objetivo terapéutico es acrecentar los momentos de recuperación. La normalización de la situación va a depender del mantenimiento de su medicación antipsicótica, de un entorno que le estimule adecuadamente y de la capacidad del sujeto para aprender y desarrollar. Por tanto, vemos como tanto la esfera física, psicológica y social, van a ser partes de un engranaje conjunto. Es por ello que los recursos deben tratar todas las esferas y ser igualmente amplios y adaptados a sus necesidades. Encontramos recursos: Médicos., farmacológicos. Psicoterapéuticos, rehabilitadores (rehabilitación psicosocial, ocupacional y laboral) y familiares (apoyo emocional, control de tratamiento).²¹

A estas necesidades y recursos, se le van a añadir las de un problema de adicción a las drogas. En el caso de las adicciones, su vida ahora gira en torno a la sustancia, apareciendo conflictos familiares, consecuencias derivadas del consumo, e incluso conflictos laborales, económicos, y legales.¹⁴

El papel de la enfermera* también implica tratar ambos trastornos, para lo que es preciso formación específica en salud mental y drogodependencias. La enfermera, deberá planificar el abordaje desde las distintas perspectivas de los cuidados enfermeros, estandarizando los mismos de forma suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente, y permitiendo así un seguimiento integral.

Las funciones enfermeras* se centran en la valoración y seguimiento constante del paciente con patología dual, incluyendo numerosas intervenciones y cuidados en todas las áreas de la persona.

De los problemas y necesidades comunes a los individuos que presentan patología dual, que afectan tanto al individuo como a la familia, van a estar asociados a unos diagnósticos de enfermería, que vemos en los siguientes cuadros²¹:

* El término genérico "enfermera" utilizada en esta revisión narrativa engloba tanto a enfermeras como a enfermeros". Ponlo a pie de página desde el momento que aparezca en el texto la palabra enfermera.

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
00193 Descuido personal	Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.
00079 Incumplimiento	Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.
00052 Deterioro de la interacción social	Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social
00069 Afrontamiento ineficaz	Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
00138/0040 Riesgo de violencia autodirigida/ dirigida a otros	Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.
00063 Procesos familiares disfuncionales	Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

Fuente: elaboración propia²¹

Vemos como nos encontramos ante una situación clínica muy compleja, con mucha variabilidad individual, en la que, pese al gran peso y las numerosas competencias que tiene la enfermera, vemos como aún no hay una atención unificada, ni un abordaje integral, que, mediante un plan de cuidados enfermero, trate las necesidades del paciente. Es por ello que nos hemos planteado los siguientes objetivos e esta revisión narrativa:

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer los cuidados enfermeros ante la aparición de la patología dual: esquizofrenia-adicción a anfetaminas/cocaína.

Objetivos específicos:

- Analizar los factores de riesgo para la aparición de una adicción y el desarrollo de una esquizofrenia.
- Examinar las etiquetas diagnosticas enfermeras que se observan en una persona y familia con un diagnóstico dual psiquiátrico.
- Establecer que intervenciones y actividades enfermeras cabe destacar en personas con adicciones y problemas de salud mental.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración de la siguiente revisión narrativa, se utilizaron buscadores en ciencias de la salud (PubMed, CINHALL, COCHRANE y Scielo), así como otras fuentes (Google Scholar y la Sociedad española de Patología Dual). Las palabras claves utilizadas son descriptores obtenidos a partir de los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headlines).

TÉRMINO	DesCS			MESH
	Inglés	Español	Portugués	
Drogodependencia	Substance-Related Disorders	Trastornos Relacionados con Sustancias	Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias	Substance-Related Disorders
Cocaína	Cocaine	Cocaína	Cocaína	Cocaine
Anfetaminas	Amphetamines	Anfetaminas	Anfetamina	Amphetaamine
Esquizofrenia	Schizophrenia	Esquizofrenia	Esquizofrenia	Schizophrenia
Factores de riesgo	Risk factors	Factores de riesgo	Fatores de Risco	Risk factors
Enfermería	Nursing	Enfermería	Enfermagem	Nursing
Cuidados de enfermería	Nursing care	Atención en enfermería	Cuidados de enfermagem	Nursing care
Patología dual	Diagnosis, Dual (Psychiatry)	Diagnóstico Dual (Psiquiatría)	Diagnóstico Duplo (Psiquiatria)	Diagnosis, Dual (Psychiatry)
Psicosis inducida por sustancias	No se encuentra	No se encuentra	No se encuentra	Psychoses, Substance-Induced

Fuente: elaboración propia.

A parte de los descriptores obtenidos a partir de las palabras clave, se usaron sinónimos y términos análogos (cocaine induced psychosis, cocaine relate disorders, co-occurring mental health and substance abuse, dual schizophrenia) para completar las búsquedas.

Para la selección de los artículos encontrados con las diferentes búsquedas, se utilizaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos de los últimos 10 años.	Artículos de hace más de 10 años
Artículos escritos en inglés o en español	Artículos exclusivamente biomédicos
Artículos relacionados con la enfermería	Artículos referentes al tratamiento farmacológico
Tipo de documento: Revisiones bibliográficas, estudios aleatorizados, protocolos.	Artículos de opinión
Artículos disponibles a texto completo	

Fuente: elaboración propia.

Los descriptores obtenidos han sido combinados mediante los operadores booleanos AND , NOT y OR en las diferentes bases de datos, , para ello se utilizaron las siguientes estrategias de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículo seleccionados
PubMed	"Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] AND "Nursing care" [Mesh] AND ("2007/05/01" [PDat] : "2017/04/27" [PDat] AND "humans" [MeSH Terms])	16	2
	("Cocaine"[Mesh] OR "Amphetamine"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh] AND ("2007/05/01"[PDat] : "2017/04/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	45	1

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículo seleccionados
PubMed	"Psychoses, substance-induced" [MeSH Terms] AND "Nursing Assessment/methods"[Mesh Terms] AND "humans"[MeSH Terms]	13	1
	Dual [All Fields] AND ("schizophrenia" [MeSH Terms] OR "schizophrenia"[All Fields])	2	1
	("cocaine-related disorders"[MeSH Terms] OR ("cocaine-related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "cocaine-related disorders"[All Fields] OR ("cocaine"[All Fields] AND "addiction"[All Fields]) OR "cocaine addiction"[All Fields]) AND ("schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[All Fields]) AND medical[All Fields] AND ("2007/05/01"[PDat] : "2017/04/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	29	2
	"cocaine-related disorders"[MeSH] AND "schizophrenia"[MeSH] NOT "medical"[All Fields] AND ("2007/05/01"[PDat] : "2017/04/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	26	2
	Cocaine induced psychosis[TW] AND ("2007/05/01"[PDat] : "2017/04/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	18	1
CINAHL	"dual diagnosis AND nursing Fecha de publicación: 20060101-20171231"	62	2
	“(co-occurring mental health and substance abuse) AND nursing Fecha de publicación: 20060101-20171231”	2	1

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículo seleccionados
CINHAL	"dual diagnosis AND anxiety Fecha de publicación: 20060101-20171231"	77	1
	"patología dual Fecha de publicación: 20060101-20171231"	3	1
	"Co occurring mental health and substance abuse Fecha de publicación: 20060101-20171231"	32	3
Scielo	dual diagnosis AND subject_area:("Health Sciences") AND wok_subject_categories:("psychiatry")	22	2
	(schizophrenia) AND (substance related disorders)	9	0
	(schizophrenia) AND (drugs) AND la:("en" OR "es") AND wok_subject_categories:("psychiatry")	38	1
	mental health disorders) AND (drugs) AND la:("es" OR "en") AND wok_subject_categories:("psychiatry")	27	0
COCHRANE	Dual Diagnosis:ti,ab,kw AND Nursing	20	2
	Schizophrenia AND substance-related disorders NOT pharmacology NOT Signs and symptoms:ti,ab,kw	59	4
	Dual Diagnosis:ti,ab,kw AND "nursing care"	2	0
TOTAL		512	27

Fuente: elaboración propia.

A estos artículos se sumaron 2 artículos más seleccionados de Google Scholar y la Sociedad española de patología dual. Por tanto, finalmente, tras una segunda criba, tenemos 29 artículos que cumplen todos los criterios de inclusión para nuestra revisión.

4. RESULTADOS

Tras la lectura y análisis de los trabajos seleccionados, se decide dividir los diferentes artículos en tres categorías que forman el cuerpo de esta revisión narrativa.

4.1 Factores de riesgo para la aparición de una adicción y el desarrollo de una esquizofrenia.

De todos los artículos revisados, siete han reconocido de manera directa o indirecta los factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo de una patología dual. De su revisión se puede establecer que los factores de riesgo más prevalentes son los siguientes:

- La falta de hogar o “homelessness”, según mencionan Medhuses, S. et al, es un factor implicado en el desarrollo de la psicosis, ya sea inducida por sustancias o primaria.²²
- Varios autores como Roncero, C. et al, señalan que el uso de varias sustancias psicoactivas simultáneamente, es un factor de riesgo que incrementa las posibilidades de desarrollar síntomas psicóticos²³. Otros autores nombran el poli consumo como factor de riesgo para desarrollar una patología dual, entre ellos Stiles, B. et al²⁴ o Arias, F. et al²⁵. En especial, se ha visto en diversos artículos que el consumo de cocaína o anfetaminas junto con cánnabis, incrementan el riesgo de desarrollar una esquizofrenia dual, entre ellos el de Kelly, T. et al^{26,27}.
- La cantidad de droga consumida también es un factor de riesgo remarcado en la literatura por Roncero, C. et al, tanto la cantidad total de sustancia consumida a lo largo de la vida, como los años totales de consumo o la cantidad consumida al inicio del tratamiento^{23,27}. También la vía de administración intravenosa tiene correlación con un mayor riesgo de psicosis inducida por estimulantes según estos autores.
- La edad de inicio de consumo también se ha estudiado como factor de riesgo para la patología dual en la literatura de Arias, F. et al, entre otros²⁵. Una edad de inicio temprana en el consumo de cocaína o anfetaminas, o el uso de estas sustancias durante periodos vulnerables de desarrollo del cerebro, deriva en una mayor posibilidad de desarrollar una psicosis inducida por estimulantes y una mayor severidad de la misma según Roncero, C. et al²³.
- El peso corporal también influye en la aparición de trastornos psiquiátricos en consumidores de drogas. Un menor índice de masa corporal está relacionado con un aumento del riesgo de padecer una patología dual²³.

- Sólo dos de los artículos revisados tomaba en cuenta la posible influencia genética y familiar en el desarrollo de este tipo de trastornos comórbidos, estos fueron el de Roncero, C. et al y el de Gálvez Flórez et al.. Estos concluyen que, ciertos transportadores de dopamina y otros factores genéticos relacionados con niveles bajos de dopamina, parecen predisponentes a la paranoia en usuarios de cocaína. Además, una historia familiar psiquiátrica, parece ser un predictor del desarrollo de trastornos psiquiátricos en consumidores de drogas^{23,28}.
- Se ha encontrado una asociación entre el número de comorbilidades de trastornos psiquiátricos, y una mayor probabilidad de complicaciones psiquiátricas, como se mencionan Gálvez Flórez J. et al²⁹. En particular, diagnosticado con otro tipo de trastornos psiquiátricos tales como trastorno antisocial, o trastorno de déficit de atención con hiperactividad, incrementa el riesgo de sufrir una psicosis inducida por estimulantes en los consumidores de dichas sustancias^{23,27}.
- En cuanto al género no hay evidencias concluyentes, pero, según Roncero, C. et al y el de J. Gálvez Flórez J. et al. la balanza parece inclinarse en una mayor prevalencia y riesgo de patología dual para el género masculino^{23,29}.

4.2 Etiquetas diagnosticas enfermeras que se observan en una persona y familia con un diagnóstico dual psiquiátrico.

Casi la mitad de los artículos revisados, dieron luz a los diversos problemas, y por tanto, a los diagnósticos más frecuentes y relevantes en este tipo de trastornos duales³⁰.

- Exclusión social/ aislamiento social.

Una de las dificultades a las que se tienen que enfrentar los pacientes duales, es la exclusión o el aislamiento social, así lo plantean Edward, K. et al³⁰. Este problema está vinculado con el estigma al que se enfrentan este tipo de pacientes, y aumenta el riesgo de quedar sin hogar^{31,32,33}.

La exclusión social se ve incrementada también por problemas interpersonales, que según Meis, L. et al y Drake, R. et al, (12, 4) derivan en relaciones disfuncionales con familia y amigos^{30,31,34}, que se analizarán posteriormente.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00052 Deterioro de la interacción social: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.

- Violencia y conductas de riesgo.

Este es uno de los problemas que más se ha mencionado y tratado en los diferentes artículos, como los de Roncero, C. et al , o Craig, T.S. et al, ya que es un problema que pone en riesgo la integridad del paciente y su entorno²⁷. Encontramos altas tasas de agresividad, violencia y homicidio, así como un riesgo aumentado de suicidio y conductas asociadas^{23,35,36}.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00138/0040 Riesgo de violencia autodirigida/ dirigida a otros: Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.

00150 Riesgo de suicidio: Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida

- Problemas laborales o escolares.

Las dificultades que acarrea llevar consigo el diagnóstico de una esquizofrenia, así como los déficits cognitivos asociados a ella y al consumo de sustancias psicoactivas, hacen que tanto el éxito laboral como el escolar se vean amenazados este tipo de pacientes, así lo reflejan Edward K. et al y Drake, R. et al^{30,31}. Como siempre, el estigma ejerce también una presión negativa en la normalización de la vida de estas personas, que frecuentemente se verán desempleadas, y con niveles educativos más bajos^{32,33}.

Etiquetas diagnósticas asociadas: En este caso no se llegó a asociar ninguna etiqueta diagnóstica a este problema, ya que, al tratar los diferentes diagnósticos, en especial los que hacen referencia a la autoestima, exclusión y aislamiento social, mejorará sustancialmente.

- No adherencia al tratamiento.

Otro de los problemas que más se tratan en los diferentes artículos encontrados, es la falta de adherencia terapéutica que con frecuencia se ve en estos pacientes y sus formas de paliarla^{37,38,39}.

Los pacientes con un diagnóstico dual, suelen crear barreras motivacionales para el cese del consumo de sustancias, que se unen a una baja seguridad en sí mismos y en su capacidad para lograr el cambio, llegándolo a ver innecesario⁴⁰.

De Andrés Muñoz, S. y Manuel, J.I. et al, se centran exclusivamente en la adherencia terapéutica, resaltando su elevada prevalencia, y los factores de riesgo tales como los efectos secundarios de la medicación, factores clínicos de la patología, o la baja autoestima^{38,39}.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00079 *Incumplimiento*: Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.

- Riesgo de recaídas, admisiones y readmisiones en los diferentes servicios.

Debido a la complejidad del cuadro clínico, la baja adherencia terapéutica, y las dificultades del sistema para encuadrarlo y proporcionarle un tratamiento efectivo, varios artículos han mostrado la elevada tasa de recaídas, ingresos y readmisiones que se dan en los pacientes con un diagnóstico comórbido, como reflejan Craig, T. et al, y De Andrés Muñoz, S.^{38,40}

Así en los pacientes duales vemos una tasa mayor de admisiones en servicios de drogadicción por recaídas, así como en servicios de salud mental. A esto hay que sumarle la alta tasa de abandonos y expulsiones, produciéndose la mayor parte en las primeras semanas de tratamiento^{30,36,38}.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹: En este caso no se asoció ninguna etiqueta diagnóstica, ya que se asocia directamente con la de incumplimiento.

- Problemas legales y financieros.

Los problemas legales y financieros, así como el encarcelamiento, no son raros en los pacientes duales, así lo documentan Edward, K. et al y también Drake, R., et al^{30,31}. Los comportamientos antisociales y la violencia ya mencionados, asociados a este tipo de patología, son una clara causa de estos problemas legales^{27,35}. El problema de adicción asociado, y la conducta de búsqueda de sustancia, también van a favorecer este tipo de problemas.

Etiquetas diagnósticas asociadas: En este caso no se asoció ninguna etiqueta diagnóstica, entendiendo que este problema se solventa con intervenciones derivadas del cambio en el estilo de vida y no de tratar los problemas legales y financieros en sí.

- Estilo de vida.

Como hemos mencionado antes, muchos de los pacientes no están motivados para llevar a cabo cambios que mejoren su calidad de vida y salud. Es por ello que otros autores como Cleary, M. et al, advierten que estos pacientes continúan llevando a cabo conductas perjudiciales relacionadas con el consumo de sustancias^{37,40}, no se comprometen con el tratamiento, e incluso en ocasiones no son capaces de satisfacer sus propias necesidades básicas^{14,24}.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00193 Descuido personal: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

00078 Gestión ineficaz de la salud: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos

00099 Mantenimiento ineficaz de la propia salud: Incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud

- Autoestima.

La autoestima en los artículos revisados, aparece como un problema en los pacientes duales. En ellos se ve una baja seguridad en sí mismos⁴⁰, ya que alrededor de un 5% de los pacientes esquizofrénicos duales, presentaban un nivel bajo de autoestima al ingreso según De Andrés, S. et al³⁸, limitando a la mitad la probabilidad de adherencia terapéutica.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00153 Riesgo de baja autoestima situacional: Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.

00120 Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

00224 Riesgo de baja autoestima crónica: Vulnerable a una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud.

00119 Baja autoestima crónica: Autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades.

En este caso, se elegirá el diagnóstico más adecuado según la situación en la que se encuentre el paciente, ya que, debido a la variabilidad interpersonal de este tipo de personas, o es posible establecer un diagnóstico que sea más prevalente que otro.

- Afrontamiento de problemas y situaciones.

Taborda, E. et al, afirman que los pacientes duales pueden precisar ayuda en el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento, ya que presentan dificultad para tomar decisiones, y afrontar los problemas que acarrea su condición^{33,37}.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00069 *Afrontamiento ineficaz*: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

- Problemas familiares e interpersonales.

Las personas con patología, y en especial con esquizofrenia dual, tienen una mayor dificultad para desarrollar relaciones efectivas y saludables, y así lo dejan reflejado varios de los artículos revisados. Según Edward K. et al y Drake, R. et al, es frecuente encontrar relaciones disfuncionales con familia y amigos^{31,33}, que se ven influenciadas en muchas ocasiones por el estigma^{33,39}.

Berry, K. et al, vinculan las altas tasas de emociones negativas en las familias y entornos cercanos, con un riesgo elevado de recaídas en pacientes duales⁴¹, ya que, la familia causa un gran efecto en estos pacientes como elemento de apoyo o de estrés³⁴.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00063 *Procesos familiares disfuncionales*: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

- Estigma y derechos.

El estigma ya mencionado, y la falta de respeto a los derechos de estos pacientes, son dos problemas transversales que agravan y dificultan su tratamiento y vida normal. Esto implica tanto a las familias, como a los profesionales y a la sociedad en general. Por tanto, la educación y normalización de este tipo de trastornos para evitar el estigma, es uno de los focos de atención que pondremos en las intervenciones revisadas^{30,32,33}.

Etiquetas diagnósticas asociadas²¹:

00174 *Riesgo de compromiso de la dignidad humana*: Vulnerable a la percepción de pérdida del respeto y el honor, que puede comprometer la salud.

4.3 Intervenciones y actividades enfermeras en personas con adicciones y problemas de salud mental.

Aproximadamente un tercio de los artículos que se incluyeron, hacían referencia a diferentes intervenciones por parte de las enfermeras. Aunque son sobre todo psicosociales, no debemos olvidar que un abordaje holístico es necesario. Su implementación, y la de un tratamiento integrado, requiere grandes esfuerzos e interés por parte de profesionales, instituciones, y organismos que regulan la atención a la salud. Así, hemos dividido la información recogida cerca de las intervenciones enfermeras en las siguientes subcategorías⁴²:

a. Screening, tratamiento precoz y valoración continuada.

Una de las claves para el tratamiento efectivo de la patología dual, es su detección y tratamiento precoz, así como la prevención de recaídas. Es por ello que Edward, K. et al, o Cleary, M. et al, han puesto de manifiesto la necesidad de entrenamiento de las enfermeras en el reconocimiento de signos y síntomas, así como la necesidad de implementar herramientas de screening y de valoración al personal implicado^{30, 43, 24}

Estos autores también remarcan que, para que esto sea posible, es necesario una valoración sistemática y continuada que incluya: historia personal, medicación, historia psiquiátrica y evaluación del estado mental, toda la información referente al consumo de droga (tipo de droga, patrón de consumo, comportamiento de consumo, duración del consumo, tiempo que lleva consumiendo). También se deben evaluar la involucración de la familia, conciencia del problema, conocimientos sobre reducción de riesgos/daños, y nivel de motivación^{30, 37}.

Es muy importante mantener un alto índice de sospecha, y que la valoración y evaluación sean continuadas, para identificar situación de riesgo de consumo de sustancias, y reconocer signos de deterioro de la salud mental del paciente⁴³.

Otros autores como Hussein, G. o Sterling, S. et al, afirman que las intervenciones de screening y valoración no deben ser exclusivas a nivel de servicios de salud mental o drogodependencias, sino que, también juegan un papel clave en atención primaria, y en otros agentes de la salud implicados tales como asistentes sociales o ciertos profesionales de la justicia^{43, 32}.

JGálvez Florez J. et al, hacen una proposición de herramienta de screening adaptada a los criterios del DSM – IV (Diagnósticos en Salud Mental IV), llamada *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders IV* (PRISM IV)²⁸.

b. Educación.

- Prevención de recaídas.

Aunque hay intervenciones de educación específicas, muchas de ellas van a contribuir también de manera directa o indirecta a este fin. Es por ello que mientras De Wite, N. et al⁴⁴, otros como Gálvez Florez, J. et al²⁹, la encuadran como fin dentro de las terapias cognitivo conductuales.. Hussein, G. o Meis, L. et al, la asocian también en su tratamiento junto con la entrevista motivacional, el manejo de problemas/contingencias, e incluso con terapias familiares que han resultado ser efectivas para evitar recaídas y reingresos^{44,34}.

- Educación en reducción del daño.

Sterling, S. et al, resaltaron la importancia de las estrategias de reducción del daño o reducción de consecuencias negativas³². Estas consisten, según Cleary, M. et al, y Hussein, G. en minimizar los posibles daños y consecuencias derivados de su situación. Esto se consigue mediante psicoeducación del paciente, enseñándole los signos y los síntomas de la esquizofrenia, la adherencia terapéutica a la medicación psicotrópica, los riesgos que conlleva el uso continuado de estimulantes, y los roles de los diferentes agentes del sistema de salud^{37,43}.

- Entrenamiento de habilidades sociales.

El aumento de las habilidades sociales asertivas en estos pacientes, fue incorporado como intervención enfermera eficaz en algunos artículos. La pérdida de habilidades sociales es una de las consecuencias de una patología dual, en la que los medicamentos no han tenido claros beneficios, y por ello, la psicoterapia es claramente una mejor opción^{30,37}. Según Taborda Zapata, E. et al, emociones tales como la asertividad o las habilidades conversacionales, son las desarrolladas en este tipo de casos, mejorando los síntomas psicóticos y aumentando la calidad de vida³³.

c. Intervenciones cognitivo-conductuales.

Los autores anteriormente citados también valoran las intervenciones conductuales como parte de la base esencial del tratamiento de la patología dual, ya que, en pacientes esquizofrénicos, y más en pacientes duales, los sesgos y las distorsiones cognitivas, hacen difícil la reducción de los síntomas psicóticos y la reducción del consumo de sustancias³³. Son intervenciones que van a actuar en diversos objetivos del tratamiento, tales como la adherencia terapéutica, prevención de recaídas, la reducción de conductas de riesgo, la disminución de la sintomatología y la severidad de cuadro clínico, y menor giro de la vida alrededor del trauma como indican Gálvez Florez, J. et al^{11,33}.

- Entrevista motivacional.

Es una de las intervenciones más utilizadas, y efectivas que aportan los diferentes artículos revisados. Esto es debido a que, como menciona Laker C. y otros autores, es una intervención flexible, centrada en la persona, y que sigue el modelo de terapia de conversación, donde el paciente es animado a explorar y reflexionar, para resolver las conductas perjudiciales^{33, 45}. Gálvez Florez, J. y Rincón Salazar, D. mencionan estrategias como la escucha reflexiva, la discusión interactiva, y la elaboración de estrategias motivacionales³³.

En el caso del consumo de estimulantes junto con un diagnóstico de esquizofrenia, la entrevista motivacional demostró disminución de síntomas positivos⁴³, menores exacerbaciones sintomáticas, y un aumento de los días de abstinencia^{33, 45}. Así lo dejan reflejado Laker, C. o Hussein G. Su efectividad, según De Wite, N. et al, y Laker, C. recae en la importancia de la motivación y de la relación terapéutica tanto en el consumo de estimulante o la esquizofrenia por separado, como en la patología dual en concreto^{44, 33, 45}, y que incluso, como afirman Kelly, T. et al, una buena relación terapéutica, acarrea beneficios por sí misma²⁶.

- Terapias cognitivo-conductuales:

Taborda Zapata, E. et al, ven las intervenciones conductuales como parte de la base esencial del tratamiento de la patología dual, ya que, los sesgos y las distorsiones cognitivas que sufren estos pacientes, hacen difícil la reducción de los síntomas psicóticos y del consumo de sustancias³³.

La más relevante en los artículos revisados es la terapia cognitivo conductual (TCC), abordada por Gálvez Florez, J. y Rincón Salazar, D., entre otros, resultando ser una de las que mejores resultados dan, junto con la entrevista motivacional, y ambas combinadas tienen un efecto de suma en cuanto a los beneficios se refiere.

La terapia cognitivo comportamental, basada en el cambio de las formas de pensamiento, se centra principalmente en la regulación de las respuestas afectivas patológicas²⁹. Pretende que el paciente examine sus creencias, cuestiona sus pensamientos, y que usando estrategias de razonamiento y la experiencia personal, desarrolle alternativas aceptables y racionales³³.

Otras variantes similares, mencionadas por Cleary, M. et al, y De Wite, N. et al, de este tipo de terapia fueron: el manejo de contingencias o terapia de solución de problemas y el manejo de casos^{37, 44}.

- Terapias grupales

Tiet, Q. et al, encontraron varias intervenciones grupales resultando eficaces a la hora de tratar la patología dual. Estas fueron intervenciones psicoeducativas grupales, terapias de grupo integrativas, y terapias de grupo de los doce pasos o “12-step oriented groups”, grupos de autoayuda e incluso grupos multifamilia²⁶.

Con ellas se vio que mejoraba la adherencia al tratamiento, mejoraba la psicopatología, y disminuía el consumo de sustancias. Este tipo de terapias no solo mejoraron las habilidades sociales de los pacientes sino también su sintomatología y autoestima^{43, 32, 29}.

El hecho de que las terapias e intervenciones grupales sean eficaces en este tipo de trastornos, señala la importancia de la familia, amigos y entorno que rodea a los pacientes.

5. CONCLUSIONES.

A partir de los resultados del trabajo, y de la lectura reflexiva de los artículos, podemos extraer las siguientes conclusiones.

Vemos como la asociación de la esquizofrenia con el abuso de cocaína o anfetaminas, tiene graves consecuencias para el individuo, familia, proveedores de salud y el público.

Se han detectado una serie de factores de riesgo que están asociados con el aumento de la probabilidad de sufrir una patología dual, estos giran en torno al patrón de consumo de sustancias, el estilo de vida, y la influencia genética. Es por ello que, una detección precoz y una valoración continuada son imprescindibles para mejorar el pronóstico y tratamiento de estos pacientes. Por tanto, el screening y valoración de la situación del paciente, así como las herramientas para ello, serán un elemento a desarrollar para la práctica futura de enfermería, ya que las enfermeras son los profesionales mejor posicionados para esta intervención.

En los problemas encontrados y asociados a las diferentes etiquetas diagnósticas, vemos como todas las áreas de la vida se ven afectadas. Destacan por su gravedad, el riesgo de violencia hacia sí mismo o hacia los demás, incluyendo el riesgo de suicidio, y el incumplimiento terapéutico, ya que, comprometen de forma directa, la vida y la integridad de la persona. Sin embargo, una vez solucionadas estas, las etiquetas relacionadas con la parte psicológica de la persona, van a cobrar el mayor protagonismo. La falta de autoestima, la mala resolución de conflictos y toma de decisiones, así como la falta de relaciones asertivas, y el mantenimiento de un estilo de vida más saludable, van a ser de suma importancia en el tratamiento.

La literatura revisada, nos demuestra que las intervenciones de enfermería resultan efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia dual. Se centran sobre todo en el ámbito psicosocial, pretendiendo un cambio en la conducta del paciente, enseñándole a manejar su vida y su trastorno. Observamos que así, mejora su sintomatología, el uso inadecuado de sustancias, el desempleo, la vida independiente, y por tanto su satisfacción personal³¹. Entre estas intervenciones psicosociales destacan por su prevalencia, fácil implementación y efectividad, la entrevista motivacional y la terapia cognitivo conductual. Son las que mejores resultados han reportado para el tratamiento de la patología dual. Se estudian también otras formas más sencillas de estas terapias, como la intervención breve, que parecen ser efectivas para una intervención temprana de enfermería. También quedan reflejadas en la literatura, diferentes intervenciones familiares y grupales, como grupos de autoayuda, o terapias multifamiliares. Estas deben tenerse en cuenta siempre, debido a la gran influencia que tiene la familia y los pares para unos resultados positivos del tratamiento.

Resaltamos también que para que estas intervenciones lleguen a ser efectivas, es necesaria una buena relación terapéutica entre el paciente y la enfermera, ya que, la confianza que los pacientes depositen en el equipo de enfermería va a ser un factor clave para el progreso en el tratamiento. Así es que, todas las intervenciones psicosociales, deben comenzar y tener de base, la relación terapéutica efectiva con el paciente.

Tras la lectura opinamos que existe una necesidad de formación de los profesionales de enfermería en la patología dual, siendo esta una clara limitación a la hora de implementar un tratamiento efectivo y un abordaje adecuado del paciente dual. La falta de conocimientos y habilidades en este ámbito, va a dificultar la comprensión de la situación del paciente y por tanto también la formación de un vínculo terapéutico efectivo.

Teniendo en cuenta estos datos, la patología dual requiere necesariamente un modelo de tratamiento integrado, que supone que el paciente es atendido por un único equipo, que aborda tanto el trastorno psicótico como el trastorno de abuso de sustancias. A su vez es necesaria una fusión o un trabajo conjunto de los servicios de tratamiento a las adicciones y salud mental.

El planteamiento de las etiquetas diagnósticas y de un plan de cuidados de enfermería, nos va a permitir, la consecución de mejores resultados en el tratamiento. Para ello es imprescindible que como profesionales nos formemos en la detección, valoración y tratamiento de este trastorno de forma activa.

Esta revisión narrativa, da una idea de las bases del abordaje de enfermería de la patología dual, y más concretamente de la esquizofrenia dual, pudiendo servir para posibles protocolos de actuación futuros, así como para llamar a la necesidad de formación y renovación de la literatura en este campo. Para que estos cambios en el abordaje se hagan posibles, es necesario que el liderazgo de enfermería en las diferentes instituciones sea consciente de esta necesidad actual.

Por último, me gustaría citar un párrafo de Taborda Zapata, E. et al, que resume en breves palabras, el trasfondo que se pretende finalmente con esta revisión narrativa, y que debemos tener siempre en mente al tratar con personas con un trastorno de salud mental³³:

“A menudo los pacientes con esquizofrenia se presentan en los consultorios y los hospitales con la etiqueta «yo soy esquizofrénico», de la cual se puede extraer la idea colectiva de que el sujeto se reúne en un diagnóstico, y que esta enfermedad se trata sola y exclusivamente con medicamentos, pues son la única intervención efectiva para la enfermedad. Se requiere entonces ampliar la visión de la esquizofrenia más allá de lo psicótico, entendiéndola como un prisma en el que la imagen resultante depende de muchas circunstancias, las cuales se pueden intervenir a través de estrategias comunitarias que incluyan un enfoque ocupacional, psicoterapéutico individual, grupal y familiar. Se busca que se permita la recuperación de la vida del paciente como propia, y no como un anexo al diagnóstico que lo ha condenado a la marginación social.”

6. LIMITACIONES DE LA REVISIÓN NARRATIVA

En cuanto a las limitaciones encontradas para la realización de esta revisión encontramos que:

La falta de artículos que trataran de forma directa los problemas o etiquetas de enfermería en patología dual, dificultó la extrapolación de las mismas.

La necesidad de una mayor cantidad de literatura en este ámbito y de mayor calidad, reportada por muchos autores, ha dificultado tanto la búsqueda, como la consecución de unos resultados firmes.

Se encontraron una limitada cantidad de artículos escritos en España en las diferentes bases de datos, por lo que, limita la extrapolación de estos resultados al territorio nacional, y el conocimiento de la situación actual y necesidades de tratamiento en patología dual en nuestro país.

La gran variedad de términos con los que se nombra a la patología dual y la esquizofrenia dual (patología dual, diagnóstico dual, trastornos comórbidos, psicosis inducida por sustancias, esquizofrenia dual), y trastornos asociados, dificultó la elección de las estrategias de búsqueda, y limitó la recopilación de la literatura existente, limitando el número de artículos encontrados.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los profesores que han hecho posible que hoy este aquí. Que han abierto nuevos horizontes y posibilidades a mi desarrollo.

A María Luisa Cid Galán, como tutora, por su dedicación, compromiso, ayuda y empeño en todo el proceso.

A mis compañeras, por su apoyo incondicional durante estos 4 años.

A mi madre, por compartir las adversidades conmigo día a día.

A mi padre, por haberme transmitido en su día su guía y su filosofía, sin la cual no hubiese sido capaz de seguir adelante.

7. **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Corrêa de Carvalho JT. Historia De Las Drogas Y De La Guerra De Su Difusión. Not Jurídicas [Internet]. 2007 [15/2/2017]; Disponible en: <https://goo.gl/26WD4v>
2. Fundación por un mundo sin drogas [Internet]. Fundación por un mundo sin drogas. Estados Unidos. 2006 [2016]. Historia de la metanfetamina. 2. Disponible en: <https://goo.gl/QSi2sz>
3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Munidal Sobre las Drogas 2016. 2016;22. Available from: <https://goo.gl/bGM14O>
4. Consejería de Sanidad AA. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2015. p. 1–71. Available from: <https://goo.gl/AsYA0z>
5. Quirce Balma CMI, Badilla B, Badilla S, Martínez Herrera M, Rodríguez JML. Los Alucinógenos : su Historia , Antropología , Química y Farmacología and Pharmacology. Psicogente [Internet]. 2010;13(23):174–92. Available from: <https://goo.gl/vpQdUA>
6. Sendino R, Álvares E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez E. Informe 2015: Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España. Obs Español la Drog y las Toxicom Minist Sanid y Serv Soc [Internet]. 2016;72. Available from: <https://goo.gl/9cEFzu>
7. Ministerio de Sanidad SS e I. Estadísticas 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2015. p. 1–182. Available from: <https://goo.gl/qly7NU>
8. OMS. Notas descriptivas: esquizofrenia [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 5]. p. 3. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/%0D>
9. Roncero C, Barral C, Grau-lópez L, Esteve O, Casas M. Patología Dual. Protocolos de intervención: Esquizofrenia. [Internet]. Madrid; 2010. Available from: <https://goo.gl/l8cEXJ>
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2. Available from: <https://goo.gl/T1O71N>
11. Real AE. Diccionario de la Lengua Española. 2017; p.1. Accessed 01/18, 2017. Available at: <http://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>.

12. World Health Organization. Lexicon of Alcohol and Drug Terms [Internet]. Geneva; 1994. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/
13. Caudevilla F. Drogas : Conceptos Generales, epidemiología y valoración del consumo. [Internet] 2013. Available from: <https://goo.gl/awsmnl>
14. Fornés Vives, Johana; Gómez Salgado J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. 1st ed. FUDEN, editor. Madrid; 2008. 254-263 p.
15. Gutierrez Miras M gala. Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos.. In: Pato Alonso, Susana; Navalón Cebrián, Rafael; Pastor Sanmillán MD, editor. Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2016. p. 303. Available from: <https://goo.gl/1knUjW>
16. National Institute on Drug Abuse. Media Guide: how to find what you need to know about drug abuse and addiction. [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 10].p.3.Available from: <https://goo.gl/c8G6nE>
17. National Institute on Drug Abuse.La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales [Internet]. 2011. [cited 2017 Feb 10]. p. 3. Available from: <https://goo.gl/jYAfyI>
18. Royal College of Psychiatrists. Esquizofrenia [Internet]. Londres: Royal College of Psychiatrists; 2009. p. 4. Available from: <https://goo.gl/YBKCE5>
19. Rus Calafell M, Lemos Giráldez S. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace [Internet]. 2014;(111):89–93. Available from: <https://goo.gl/dCtMgS>
20. Rebolledo S, Lobato M. Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares , cuidadores y personas afectadas [Internet]. Aula Médic. Bernardo Arroy, Miquel; Roca Bennasar M, editor. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid; 2005. 205 p. Available from: <https://goo.gl/KpD3Cb>
21. NNN Consult [Internet]. ESELVIER. 2017 [cited 2017 Mar 13]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/>
22. Medhus S, Rognli EB, Gossop M, Holm B, Mørland J, Bramness JG. Amphetamine-induced psychosis: Transition to schizophrenia and mortality in a small prospective sample. Am J Addict. [Internet] 2015;24(7):586–9. Available from: <https://goo.gl/E74Qov>
23. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Barral C, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, et al. An International Perspective and Review of Cocaine-Induced Psychosis: A Call to Action. Subst Abuse [Internet]. 2014 Jul 3;35(3):321–7. Available from: <https://goo.gl/GKIEmj>

24. Stiles BM, Fish AF, Cook CA, Silva V. Bath Salt-Induced Psychosis: Nursing Assessment, Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Perspect Psychiatr Care*. [Internet] 2016;52(1):68–78. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12101/full>
25. Arias, Francisco; Szerman, Nestor; Vega, Pablo; Mesias, Beatriz; Basurte I, Ochoa; Morant, Consuelo; Ochoa E, Babín, Francisco; Poyo F. “ Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente”[Internet].2012;25:191–200. Available from: <https://goo.gl/X5vtFW>
26. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* [Internet]. 2012;37(1):11–24. Available from: <https://goo.gl/RRHVp9>
27. Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L, et al. Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *Eur Psychiatry*. [Internet] 2013;28(3):141–6. Available From: <https://goo.gl/a5FT6I>
28. Gálvez Flórez JF, Rincón Salazar DA. Clinical Management of Dually Diagnosed Patients. Diagnostic Evaluation of Drug Abuse and Dependence in Patients with Psychiatric Comorbidities. *Rev Colomb Psiquiatr*. [Internet] 2008;37(3):397–417. Available from: <https://goo.gl/ynjFP1>
29. Gálvez Flórez JF, Rincón Salazar DA. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2009;38(1):143–76. Available from: <https://goo.gl/JUMZZH>
30. Edward KL, Munro I. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *Int J Nurs Pract*. [Internet] 2009;15(2):74–9. Available from: <https://goo.gl/41ijjF>
31. Drake RE, Luciano AE, Mueser KT, Covell NH, Essock SM, Xie H, et al. Longitudinal Course of Clients with Co-occurring Schizophrenia-Spectrum and Substance Use Disorders in Urban Mental Health Centers: A 7-Year Prospective Study. *Schizophr Bull*. [Internet] 2016;42(1):202–11. Available from: <https://goo.gl/DWI99A>
32. Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Res Health* [Internet]. 2011;33(4):338–49. Available from: <https://goo.gl/BpBSLr>
33. Taborda Zapata E, Montoya Gonzalez LE, Gómez Sierra NM, Arteaga Morales LM, Correa Rico OA. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2015;45(2):118–23. Available from: <https://goo.gl/Ej14ov>

34. Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* [Internet]. 2013;33(2):275–86. Available from: <https://goo.gl/3E5Elc>
35. Dual diagnosis: training needs and attitudes of nursing staff. *Ment Heal Pract* [Internet]. 2013 Mar 1;16(6):27–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.7748/mhp2013.03.16.6.27.e801>
36. Craig TKJ, Johnson S, McCrone P, Afuwape S, Hughes E, Gournay K, et al. Integrated care for co-occurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2008;59(3):276–82. Available from: <https://goo.gl/jFigr0>
37. Cleary, Michelle; Walter, Garry; Hunt, Glenn E, ; Clancy, Richard; Horsfall J. Promoting dual diagnosis awareness in everyday clinical practice. *J Psychosoc Nurs* [Internet]. 2008;46:43–9. Available from: <https://goo.gl/sLtSL1>
38. Muñoz S de A. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de enfermería* [Internet]. 2017;20:18–24. Available from: <https://goo.gl/39yMvu>
39. Manuel JI, Covell NH, Jackson CT, Essock SM. Does Assertive Community Treatment Increase Medication Adherence for People With Co-occurring Psychotic and Substance Use Disorders? *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* [Internet]. 2014;17(1):51–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164343/pdf/nihms-495236.pdf>
40. Bennett ME, Bellack AS, Brown CH, DiClemente C. Substance dependence and remission in schizophrenia: A comparison of schizophrenia and affective disorders. *Addict Behav* [Internet]. 2009;34(10):806–14. Available from: <https://goo.gl/Bb8IA6>
41. Berry K, Gregg L, Vasconcelos e Sa D, Haddock G, Barrowclough C. Staff-patient relationships and outcomes in schizophrenia: The role of staff attributions. *Behav Res Ther* [Internet]. 2012;50(3):210–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.004>
42. Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, et al. Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. *J Dual Diagn* [Internet]. 2014;10(2):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25392250>
43. Rassool GH. Professional education in co-occurring disorders: Some considerations towards practice development. *J Addict Nurs.* [Internet]. 2006;17(3):187–91. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10884600600862236>

44. De Witte NAJ, Crunelle CL, Sabbe B, Moggi F, Dom G. Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: A review. *Eur Addict Res.* 2[Internet]. 014;20(3):105–14. Available from: <https://www.karger.com/Article/Pdf/355267>
45. Laker CJ. How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* [Internet] 2007;14(8):720–6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01159.x/epdf>

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
De Andrés Muñoz, Sandra	2017 España	Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias	Estudio longitudinal retrospectivo.	Existen factores relacionados con el paciente y la patología adictiva que predicen la probabilidad de adherencia terapéutica. Conocerlos puede permitir el desarrollo de estrategias preventivas en aquellos pacientes con mayor riesgo de abandono
Luis San, Belén Arranza, Miquel Bernardo, Manuel Arrojo, Grupo de Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual	2016 España	¿Por qué la necesidad de una Guía de Práctica Clínica de Patología Dual? Análisis de la evidencia	Revisión	La implementación de una guía de práctica clínica requiere de un proceso de planificación donde hay que prestar especial atención al contexto, las barreras y facilitadores y a la valoración de las estrategias de intervención más efectivas a la hora de culminar la implementación de la guía de práctica clínica de forma exitosa.
Stiles BM, Fish AF, Cook CA, Silva V.	2016 USA	Bath Salt-Induced Psychosis: Nursing Assessment, Diagnosis, Treatment, and Outcomes.	Revisión narrativa	Dada la severidad de los síntomas tanto físicos como psicológicos en los pacientes con psicosis inducida por sales de baño, las enfermeras y otros profesionales de la salud, policía y agentes de seguridad del hospital, deben trabajar de forma colaborativa para proveer cuidados seguros.
Drake RE, Luciano AE, Mueser KT, Covell NH, Essock SM, Xie H, McHugo GJ	2016 Reino Unido	Longitudinal Course of Clients With Co-occurring Schizophrenia-Spectrum and Substance Use Disorders in Urban Mental Health Centers: A 7-Year Prospective Study.	Estudio longitudinal prospectivo.	Muchos usuarios de centros de salud mental de comunidades urbanas con esquizofrenia y trastorno de uso de sustancias, pueden acceder a un tratamiento integrado que mejora significativamente en la clínica, la vocación, residencia y estilo de vida y satisfacción a lo largo del tiempo.

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
Taborda Zapata, Eliana; Montoya Gonzalez, Laura Elisa; Gómez Sierra, Natalia María; Arteaga Morales, Laura María.	2016 Colombia	Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos	Revisión narrativa.	Se requiere un enfoque que, incluya la rehabilitación, estrategias psicoterapéuticas, psicoeducación del paciente y las comunidades, estrategias para la adaptación en comunidad. El manejo del paciente con esquizofrenia requiere una mirada global de este y su enfermedad y es imperativo su desarrollo.
Medhus S, Rognli EB, Gossop M, Holm B, Mørland J, Bramness JG	2015 USA	Amphetamine-induced psychosis: Transition to schizophrenia and mortality in a small prospective sample.	Estudio longitudinal.	La hospitalización por psicosis fue un factor de riesgo específico para la aparición de esquizofrenia. Además, la tasa de mortalidad en la psicosis inducida por anfetaminas fue alta.
Guerrero, Erick; Padwa, Howard; Lengnick-Hall, Rebecca; Kong, Yinfei; Perrigo, Judith	2015 USA	Leadership and Licensure for Drug Treatment and the Implementation of Co-Occurring Disorder Treatment in Community Mental Health Centers.	Estudio prospectivo longitudinal	La respuesta de los líderes a la regulación, financiación, y en materia de recursos humanos, puede fomentar en la práctica el tratamiento de la patología dual. Implicaciones para el liderazgo, intervenciones, políticas, son discutidas en el contexto de la reforma del cuidado a la salud.
Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Barral C, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M.	2014 España	An international perspective and review of cocaine-induced psychosis: a call to action.	Revisión narrativa	La literatura tiene falta de información que concierna la evolución de la dependencia, el riesgo de desarrollar una esquizofrenia u otro trastorno psicótico en consumidores de cocaína. Recomendamos el desarrollo de un modelo integrador, que incluya todos los factores de riesgo y de protección para la psicosis derivada de la cocaína.
DeWitte NA , Crunelle CL , Sabbe B , Moggi F and Dom G	2014 Inglaterra	Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review	Revisión narrativa.	Ciertos programas, e intervenciones específicas, parecen ser efectivas. Aún más, los programas que integraban múltiples intervenciones son más propensos a ser relacionados con mejores resultados que las intervenciones únicas. El el tratamiento integrado, parece ser ventajoso, aunque son necesarios estudios más homogéneos y cualitativos.

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
Szerman N1, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Casas M, Roncero C.	2014 España	Dual Diagnosis Resource Needs in Spain: A National Survey of Professionals.	Estudio transversal	De acuerdo con los profesionales seguidos, servicios específicos de los recursos de cuidado a la salud para el manejo de la patología dual, son actualmente insuficientes, subrayando la necesidad de esfuerzos adicionales y estrategias de tratamiento para pacientes con trastornos comórbidos.
Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L, Eiroa-Orosa FJ, Casas M.	2013 España	Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients.	Estudio longitudinal	Una alta proporción de dependientes a la coacina presentó síntomas psicóticos bajo la influencia de la coacina (53.8%). Discutimos la relevancia de evaluar la psicosis derivada del uso de cocaína en todos los pacientes dependientes a esta sustancia.
Francisco Arias; Nestor Szerman; Pablo Vega; Beatriz Mesias; Ignacio Basurte; Consuelo Morant; Enriqueta Ochoa;	2013 España	Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente	Estudio aleatorizado transversal	La presencia de patología dual es elevada en sujetos en tratamiento y presentan unas características diferenciales, tales como mayor riesgo de suicidio y situación laboral precaria que hacen pensar en un peor pronóstico, cuestión a considerar para el desarrollo de recursos asistenciales adecuados.
Glenn E Hunt, Nandi Siegfried, Kirsten Morley, Thiagarajan Sitharthan, Michelle Cleary	2013 Australia	Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse	Revisión narrativa.	No se encontró ninguna evidencia convincente para considerar ninguno de los tratamientos psicosociales por encima de otro. La existencia de dificultades metodológicas, dificulta el pool y la interpretación de resultados. Es necesario mejorarla evidencia en este campo con posteriores estudios de alta calidad.

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
Moore, Jayne	2013 Oxford	Dual diagnosis: training needs and attitudes of nursing staff.	Estudio transversal a doble ciego.	La formación previa mejoró la actitud del personal hacia los pacientes drogodependientes significativamente. La percepción de la importancia de formación en el manejo de la familia varió significativamente ,y se vio una correlación entre una percepción más óptima, y una elevada percepción de necesidad de formación.
Meis LA , Griffin JM , Greer N , Jensen AC , MacDonald R , Carlyle M , Rutks I and Wilt TJ	2013 Inglaterra	Couple and family involvement in adult mental health treatment: a systematic review	Revisión narrativa.	Los estudios revisados fueron limitados en su calidad metodológica. Es necesaria investigación futura para replicar los resultados encontrados en los estudios, examinar el distress en las relaciones como moderador de la eficacia de la intervención, y examinar la terapia conductual de pareja o conductual en parejas donde ambos son consumidores.
Craig TK , Johnson S , McCrone P , Afuwape S , Hughes E , Gournay K , White I , Wanigaratne S , Leese M and Thornicroft G	2012 USA	Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months	Estudio transversal	Comparado con el cuidado estandar, el tratamiento integrado para los trastornos duales, sin ningún coste adicional, procurado por personal de salud mental no especialista, produjo mejoras significativas en los síntomas y el nivel de necesidades encontradas, pero no en el uso de sustancias o calidad de vida.
Berry K , Gregg L , Vasconcelos e Sa D , Haddock G and Barrowclough C	2012 Reino Unido	Staff-patient relationships and outcomes in schizophrenia : the role of staff attributions.	Estudio transversal.	Los resultados resaltaron el rol potencialmente importante de la relación positiva del personal con el paciente en los resultados. Nuestros resultados se encuentran también en la línea con la hipótesis de que las atribuciones del personal pueden contribuir a desarrollar más relaciones positivas.

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
Thomas M. Kelly, Dennis C. Daley, Antoine B. Douaihy Kelly, Thomas M; Daley, Dennis C; Douaihy, Antoine B	2012 USA	Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders	Revisión narrativa.	Combinaciones creativas de psicoterapias, e intervenciones farmacológicas y conductuales ofrecieron el tratamiento más efectivo. La intensidad del tratamiento debe ser aumentada para las condiciones comorbidas severas tales como la esquizofrenia combinada con la adicción al cannabis, dadas las limitaciones del tratamiento farmacológico.
Sterling, Stacy; Chi, Felicia; Hinman, Agatha	2011 USA	Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions.	Revisión narrativa.	Los pacientes que reciben un tratamiento integrado pueden tener unos mejores resultados en el tratamiento. Aun así, el grado óptimo de integración sigue por determinar, y quedan barreras en la implementación de modelos integradores como el que propone el Instituto de Medicina, a superar.
Manuel JI, Covell NH, Jackson CT and Essock SM	2011 USA	Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorders?	Estudio longitudinal prospectivo.	El tratamiento integrado proporcionado por la vía de un tratamiento asertivo comunitario puede beneficiar a las personas con patología dual con mala adherencia al tratamiento farmacológico.
Edward KL, Munro I.	2009 Australia	Nursing considerations for dual diagnosis in mental health.	Revisión narrativa	Siguen existiendo vacíos a la hora de proveer servicios. Las enfermeras de salud mental son los profesionales mejor posicionados para proveer un cuidado integral. Esto requiere habilidades en la detección de abuso de sustancias y conocimientos de implicaciones potenciales en cuidados para el paciente en el contexto de su uso de sustancias

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
Peer J, Bennett ME, Bellack AS.	2009 USA	Neurocognitive characteristics of individuals with schizophrenia and cocaine dependence: comparison of currently dependent and remitted groups.	Estudio longitudinal	Los resultados sacaron a la luz pocas diferencias neuropsicológicas entre el estado de remisión y es estado de adicción entre las muestras de pacientes esquizofrénicos y las de trastornos afectivos. Estos hallazgos sugieren que la disfunción intelectual puede ser relativamente estatica en esta población.
Bennett ME, Bellack AS, Brown CH, DiClemente C.	2009 USA	Substance dependence and remission in schizophrenia: A comparison of schizophrenia and affective disorders.	Estudio multicentro.	Los resultados indicaron que las personas con esquizofrenia y una actual dependencia, reportaron niveles de síntomas positivos y negativos más elevados que aquellos en remisión, así un menor sentimiento de estar preparados para el cambio, menores esfuerzos y ratios menores de confianza en sí mismos.
Gálvez Flórez, Juan Francisco; Rincón Salazar, David Andrés.	2009 Colombia	Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores	Revisión narrativa.	La implementación rigurosa de estas guías diagnósticas debe encaminar al especialista en contacto con la población farmacodependiente a realizar el diagnóstico dual de forma más frecuente y certera, para que los pacientes obtengan mejores resultados y beneficios a largo plazo.
Leary M; Walter G; Hunt GE; Clancy R; Horsfall J	2008 Australia.	Promoting dual diagnosis awareness in everyday clinical practice.	Revisión narrativa.	Estos principios que van a servir de guía a las enfermeras, pertenecen a los objetivos del tratamiento, adherencia, asesoramiento, síntomas, plan de cuidados, entrevista motivacional, prevención de recaídas, y voluntad de colaboración..
Gálvez Flórez, Juan Francisco; Rincón Salazar, David Andrés.	2008 Colombia	Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica	Revisión narrativa.	La implementación rigurosa de estas guías diagnósticas debe encaminar al especialista en contacto con la población farmacodependiente a realizar el diagnóstico dual de forma más frecuente y certera, para que los pacientes obtengan mejores resultados y beneficios a largo plazo.

AUTORES	AÑO Y PAIS	TÍTULO	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS
C. J. LAKER	2007 Reino Unido	How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis?	Revisión narrativa.	Actualmente hay una escasez de evidencia de calidad para las intervenciones integradas en el tratamiento de pacientes con diagnóstico dual. Aun así, los artículos analizados con respecto a su calidad metodológica y contribución a la evidencia, informan tanto la investigación próxima como la práctica en enfermería de salud mental.
Tiet QQ; Mausbach B	2007 USA	Treatments for patients with dual diagnosis: a review.	Revisión narrativa.	Existen tratamientos eficaces para reducir los síntomas psiquiátricos, y el abuso de drogas en pacientes duales, aunque la eficacia del tratamiento integrado no está todavía clara. Se hace una llamada de atención urgente a los investigadores y agencias financiadoras para llevar a cabo investigaciones más rigurosas metodológicamente en este campo.
Rassool GH	2006 USA	Professional education in co-occurring disorders: some considerations towards practice development.	Revisión narrativa	Las enfermeras de salud mental deberían estar preparadas para trabajar con individuos con patología dual. Existe una necesidad de mejora en el curso del desarrollo de los profesionales. Siendo necesario entrenamiento teórico y también basado en habilidades. La retirada de actitudes y prejuicios fue uno de los ítems desarrollados.